

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
SERVICIOS REHABILITATIVOS PARA NIÑOS (CRS)**

Favor de enviar éste forma a la clínica más cercana

124 W. Thomas Rd., Phoenix, AZ 85013 (800) 392-2222 Tel (602)406-5731 Fax (602) 406-7166

2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712 (800) 231-8261 Tel (520)324-5437 Fax (520)324-3233

1200 N. Beaver, Flagstaff, AZ 8586001 (800) 232-1018 Tel (928)773-2054 or Fax (928)773-2286
2400 S. Avenue A, Yuma, AZ 85364 (800) 837-7309 Tel (928)336-7095 or Fax (928)336-7497

APLICACIÓN PARA CRS

Fecha de Hoy:

Nombre del Niño/a (Apellido, Primer, Segundo)				Raza	Sexo M F	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Nombre del Padre o Tutor (Apellido, Primer, Segundo)				Parentesco a el Paciente Padre Natural Adoptivo Tutor Otro			
Dirección	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		Ciudadano de EU Si No
Teléfono del Hogar () -		Teléfono Celular/Mensaje () -		Teléfono de Trabajo () -		Correo Electrónico	
En Caso de Emergencia (Nombre, Relación, Dirección, Teléfono)							
Médico Primario del Niño/a(s)				Dirección		Número de Teléfono	
Referido por: (Nombre, Dirección, Teléfono) (Éste individuo verifica que los padres/tutores del niño/a(s) han sido notificados sobre esta referencia)							
RAZÓN POR LA REFERENCIA A CRS:							
Lista de Diagnosis Principales (e.g. Labio Leporino, Parálisis Cerebral, VSD, etc.) <u>SI DISPONIBLE, FAVOR DE ENVIAR COPIAS DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS, ADJUNTO.</u>							
1)		4)		5)		6)	
2)		3)		4)			
Lista de alergias conocidas							
1)		2)		3)		4)	
¿Ha recibido el niño/a anteriormente servicios de CRS?				¿Año?		¿Donde?	
Si No						¿Idioma Primario?	
Nombre de la Persona que completó ésta forma			Dirección		Teléfono () -		Parentesco a el Paciente

PERMISO PARA OBTENER LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

Por este medio autorizo a los Servicios Rehabilitativos para Niños a través de los contratistas autorizados, de solicitar y obtener fotocopias de los expedientes médicos referente al paciente nombrado arriba:

Obtener expedientes médicos del:

Médico de Cuidado Primario: _____ Dirección _____
Especialista: _____ Dirección _____
Especialista: _____ Dirección _____
Terapeuta/Educación: _____ Dirección _____

Éste consentimiento se vence un año después de la fecha firmada. Doy mi consentimiento libremente, voluntariamente y sin coacción. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, solo tengo que notificar a la clínica de Servicios Rehabilitativos Para Niños por escrito. Yo comprendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización es considerada aceptable en lugar de la original.

Firma del Consentimiento del Padre/Tutor

Fecha

Parentesco a el Paciente

Plan de AHCCCS Si No Asegurancia Médica Si No Favor de incluir una copia de la tarjeta de información de asegurancia.

PARA USO DE LA CLINICA DE CRS

Aplicación Revisada Por:			Fecha	Aprobada
Clínica de Especialidad:				
PENDIENTE Exámenes diagnosticos	PENDIENTE documentación médica	NEGAR - no documentación médica	NEGAR ó no elegible médicamente	NEGAR ó Otra razón

Revisión: 7/5/2007